

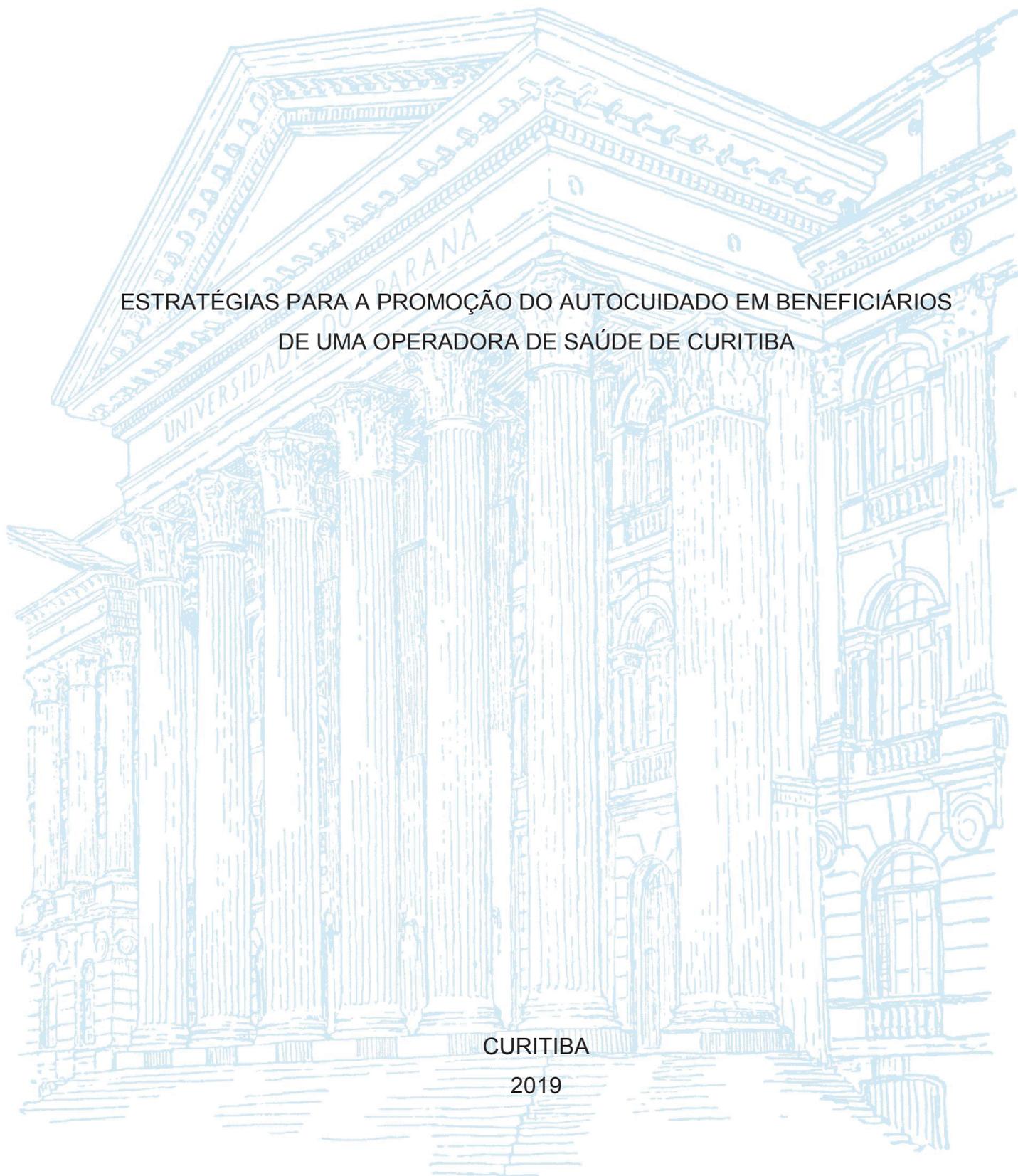
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JÉSSICA OLIVEIRA DE LIMA

ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM BENEFICIÁRIOS
DE UMA OPERADORA DE SAÚDE DE CURITIBA

CURITIBA

2019



JÉSSICA OLIVEIRA DE LIMA

ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM BENEFICIÁRIOS
DE UMA OPERADORA DE SAÚDE DE CURITIBA

Trabalho de Conclusão de Curso, no formato de proposta de intervenção, apresentado ao curso de Pós-Graduação em Gestão da Saúde, do Departamento de Administração Geral e Aplicada, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientador(a): Prof(a). Msc. Carmen Elizabeth Kalinowski

CURITIBA

2019

RESUMO

Desde 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como órgão regulatório do setor privado de assistência à saúde, tem estimulado mudanças no modelo de assistência prestada aos beneficiários das operadoras de saúde. Além de fiscalizar o rol de procedimentos obrigatórios, a ANS incentiva a implantação de programas de promoção da saúde dentro desses serviços. A resposta dada por algumas operadoras de saúde foi a adoção de práticas assistenciais baseadas nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), empregada já com sucesso no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo modelo tem se mostrado eficaz na redução de complicações e agravos, resultando em maior resolubilidade e economia do setor, com consequente redução de custos assistenciais. O objetivo geral dessa proposta de intervenção é descrever um plano de ação para promoção do autocuidado aos beneficiários de uma operadora de saúde de Curitiba, através da atuação do enfermeiro, com previsão de implantação no primeiro semestre de 2020. Justifica-se então a necessidade de tornar o beneficiário protagonista dos cuidados com a sua saúde, sendo capaz de agir de forma transformadora sobre o processo de saúde e doença, quando instrumentalizado pelos profissionais de saúde para isso. Buscou-se durante o processo de construção desse trabalho identificar quais programas preventivos a operadora de saúde disponibiliza para beneficiários, verificando a efetividade e adesão destes às atividades de promoção e prevenção ofertadas pela instituição durante o ano de 2018. No diagnóstico situacional realizado, foi identificada a necessidade de intensificar o processo de captação de beneficiários e a gestão do cuidado daqueles que já fazem parte das equipes de atenção primária à saúde da operadora. Outra situação observada foi o elevado índice de absenteísmo nos programas de promoção à saúde, em 2018 foram 2951 agendamentos de beneficiários em grupos, sendo que apenas 49,7% compareceram nas atividades programadas, representando um absenteísmo de cerca de 50,2%. As propostas elencadas neste projeto são: intensificação das ações de divulgação dos programas de saúde ofertados; identificação e captação de novos beneficiários elegíveis para as atividades dos programas no ato de contratação do plano de saúde; estratégias para redução do absenteísmo; prática de atividades descentralizadas pelas equipes de saúde; criação de fluxos e protocolos institucionais que respaldem a atuação da equipe multiprofissional; e a atuação do enfermeiro no processo de desospitalização de beneficiários da rede própria de atendimentos.

Palavras-chave: Autocuidado; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Suplementar; Enfermeiro.

ABSTRACT

Since 2000, the National Agency for Supplementary Health (ANS), as a regulatory body of the private health care sector, has stimulated changes in the model of care provided to beneficiaries of health care providers. In addition to inspecting the list of mandatory procedures, the ANS encourages the promotion of health within these services. The response given by some health care providers was the adoption of health care practices based on the principles of Primary Health Care (APS), already used successfully in the Unified Health System (SUS). This new model has proven effective in reducing complications and injuries, resulting in greater resolubility and savings in the sector, with a consequent reduction of care costs. The overall objective of this intervention proposal is to describe a plan of action to promote self-care for beneficiaries of one health care provider in Curitiba through the nurse's role, and with a plan to be implemented in the first half of 2020. The need to make beneficiaries the protagonists of care in their own health is therefore justified, making them able to act in a transformative way on the processes of health and disease when guided by health professionals. During the process of constructing this work, we sought to identify which preventive programs the health care provider makes available to beneficiaries, verifying their effectiveness and adherence of beneficiaries toward activities of promotion and prevention offered by the institution during the year 2018. The need to intensify the process of capturing beneficiaries and managing the care of those who are already part of the primary health care system was identified while the situational diagnosis was performed. Another observed situation was the high rate of absenteeism in programs for health promotion. There were 2,951 beneficiaries scheduled to attend groups in 2018, however, only 49.7% attending the programmed activities, which represents absenteeism of around 50.2%. The goals listed in this project are: to intensify actions to publicize the health programs offered; to identify and recruit new beneficiaries who are eligible for program activities at the time of contracting their health plans; to development strategies to reduce absenteeism; to practice decentralized activities performed by health teams; to create flowcharts and institutional protocols that support the performance of a multi-professional team; and to evaluate the nurse's role in the process of deshospitalization of beneficiaries of their own care network.

Keywords: Self-care; Health promotion; Primary Health Care; Supplementary Health; Nurse.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CAPTAÇÃO E ADESÃO AOS PROGRAMAS DE SAÚDE – 2018.....24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	APRESENTAÇÃO	7
1.2	OBJETIVOS.....	8
1.2.1	Objetivo geral.....	8
1.2.2	Objetivos específicos.....	8
1.3	JUSTIFICATIVA.....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	SAÚDE SUPLEMENTAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	10
2.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE E AUTOCUIDADO	13
2.3	O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NA APS DA SAÚDE SUPLEMENTAR	16
3	DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	18
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	18
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	25
4	PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA ...	27
4.1	DIVULGAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE	27
4.1.1	Plano de implantação	27
4.1.2	Recursos.....	28
4.1.3	Resultados esperados	28
4.1.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	28
4.2	CAPTAÇÃO DE NOVOS BENEFICIÁRIOS NA ADESÃO AO CONVÊNIO..	29
4.2.1	Plano de implantação	29
4.2.2	Recursos.....	30
4.2.3	Resultados esperados	30
4.2.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	30
4.3	REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO.....	31
4.3.1	Plano de implantação	31
4.3.2	Recursos.....	32
4.3.3	Resultados esperados	32
4.3.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	32
4.4	ATIVIDADES DESCENTRALIZADAS	33
4.4.1	Plano de implantação	33

4.4.2	Recursos.....	34
4.4.3	Resultados esperados	34
4.4.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	34
4.5	FLUXOS DE ATENDIMENTO PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	35
4.5.1	Plano de implantação	35
4.5.2	Recursos.....	36
4.5.3	Resultados esperados	36
4.5.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	36
4.6	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DESOSPITALIZAÇÃO.....	37
4.6.1	Plano de implantação	37
4.6.2	Recursos.....	38
4.6.3	Resultados esperados	38
4.6.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	38
5	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

A saúde suplementar no Brasil ainda é um tema amplamente discutido, no que diz respeito a sua organização e a prestação de cuidados aos seus beneficiários. Em grande parte do setor de prestação de serviços privados à saúde, é possível encontrar uma assistência fragmentada, caracterizada como hospitalocêntrica, intervencionista e médico-centrada.

Muitas discussões surgiram em relação a qualidade dos serviços ofertados pelo setor privado, e a necessidade da criação de um órgão regulatório que fiscalizasse tal atuação. Em 2000, através da Lei Federal nº 9961, surgiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o objetivo de alinhar o modelo de assistência praticado por essas instituições, por meio da regulação do rol de procedimentos obrigatórios que as operadoras de saúde devem ofertar, e incentivo à implantação de programas de promoção da saúde dos beneficiários sob sua cobertura (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Logo após sua instituição, a ANS criou o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, na tentativa de transformar o modelo assistencial que as operadoras de saúde ofereciam aos seus beneficiários, e, a partir disso, surgiu o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que cadastra e monitora os programas de promoção da saúde do setor privado. Dessa forma, o órgão tem estimulado as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a gestão do cuidado, com incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, em detrimento a uma assistência meramente curativa (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018).

Apesar de todos os esforços empregados pelo órgão regulatório nesse sentido, ainda são poucos os programas desenvolvidos que promovam à saúde dos beneficiários dos planos de saúde. Além disso, o livre acesso às consultas médicas especializadas, a desvalorização e a pouca evidência da equipe multiprofissional nesse setor, e em especial, do enfermeiro, tem contribuído para que a assistência prestada continue fragmentada e intervencionista.

Ressalta-se que atividades com fins de promoção da saúde e prevenção de agravos podem resultar em maior resolubilidade e economia do setor, quando as

ações programáticas são direcionadas a intervenções sobre fatores determinantes e portadores de comprometimentos crônicos e degenerativos (RODRIGUES; SILVA; SENA, 2015).

Desde 2015, a AMIL Assistência Médica LTDA tem investido a nível nacional em programas de saúde que estimulem e promovam a saúde de seus beneficiários. Recentemente em Curitiba (PR), foi implantado um novo modelo assistencial, numa lógica muito semelhante como o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado no Brasil, baseado em níveis de complexidade. Foram instituídas equipes de atenção primária à saúde dentro do plano de saúde, que correspondem ao primeiro nível de atenção dentro da instituição, sendo responsável pelas ações de promoção e prevenção da saúde.

Perante todo o investimento já realizado pela operadora de saúde nos últimos anos em relação ao tema, ainda se percebe que o beneficiário não tem plena responsabilização do seu cuidado, seja por uma questão histórica de como o setor de saúde privado era organizado, ou por seu desconhecimento das atividades preventivas disponíveis.

Diante do exposto, faz-se necessário sensibilizá-los, estimulando comportamentos preventivos, e o engajamento destes em relação ao autocuidado. A autora desta proposta de intervenção possui vínculo trabalhista com a instituição citada, atuando como Enfermeira da Família em uma equipe de atenção primária, desde novembro de 2017.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Descrever um plano de ação que promova o estímulo do autocuidado em beneficiários de uma operadora de saúde de Curitiba, através da atuação do enfermeiro, com previsão de implantação no primeiro semestre de 2020.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar quais os programas preventivos disponibilizados aos beneficiários da operadora de saúde;

- Verificar a efetividade e adesão nas atividades de promoção e prevenção da saúde já existentes na instituição, durante o ano de 2018 e 2019;
- Propor um plano de ação, que deverá ser aplicado pelos profissionais de saúde das equipes de atenção primária, que estimule o autocuidado em saúde;
- Propor que o profissional enfermeiro coordene o plano de ação, atuando de forma direta, dentro da equipe multiprofissional, nas atividades de promoção do autocuidado.

1.3 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, justifica-se a importância e aplicabilidade deste projeto técnico na instituição supracitada, pela necessidade de tornar o beneficiário protagonista dos cuidados com a sua saúde, sendo capaz de agir de forma transformadora sobre o processo de saúde e doença, quando instrumentalizado pelos profissionais de saúde para tal.

A valorização da equipe multiprofissional no setor privado também é algo relevante a ser discutido, respeitando a ciência e os saberes de todas as profissões envolvidas na assistência, trazendo à memória que o indivíduo possui diferentes dimensões que necessitam de cuidados, além da biológica. O enfermeiro, por sua vez, ganha cada vez mais espaço de atuação na saúde suplementar, seja em operadoras de saúde, hospitais prestadores de serviços ou clínicas particulares, mas precisa que suas ações também sejam regulamentadas e reconhecidas pela ANS.

Além disso, atuando de forma preventiva é possível evitar o processo de adoecimento, e, caso em processo, suas possíveis complicações, impactando positivamente na redução gastos relacionados a internamentos hospitalares, solicitação de exames de alto custo e consultas especializadas, com consequente diminuição da oneração do sistema privado de saúde, tornando-o auto sustentável do ponto de vista da gestão em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE SUPLEMENTAR E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Historicamente os planos de saúde atuaram de forma hegemônica, com enfoque apenas na dimensão biológica, centrados na cura e na doença, baseando sua atuação na assistência médico-hospitalar especializada, sem se preocupar em gerenciar a situação de saúde dos indivíduos que contratavam os seus serviços (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Nas últimas décadas observaram-se transformações em relação ao perfil de morbimortalidade da população, quando ocorreu uma transição demográfica, epidemiológica e nutricional, que elevaram os custos na assistência à saúde. Além disso, para o imaginário coletivo possuir acesso à saúde de qualidade era ter acesso a hospitais de referência, leitos de alta complexidade e procedimentos com grande tecnologia (BRASIL, 2014).

Nesse cenário que as operadoras de saúde precisaram buscar alternativas para a redução dos gastos com assistência à saúde de alto custo. Com as exitosas experiências do SUS se percebeu os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, da assistência focada na atenção primária à saúde, com desospitalização precoce, limitação de exames dispensáveis e direcionamento na rede assistencial. Sendo assim, esse modelo de atenção ganhou evidência e espaço no setor privado, com extrema relevância o desenvolvimento de programas de saúde no setor suplementar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

A ANS (2018), como órgão regulatório da saúde suplementar, criado 2000, tem estimulado a incorporação de práticas inovadoras na assistência e na gestão dos serviços de saúde na saúde suplementar, com ênfase para a prevenção de doenças e o gerenciamento de riscos e condições crônicas de saúde. A resposta dada por algumas operadoras de saúde foi a adoção de práticas assistenciais baseadas nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), empregada já com sucesso no Sistema Único de Saúde (SUS), resultando em melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos beneficiários, servindo de exemplo para as operadoras de saúde.

As mudanças recomendadas pela ANS (2018) envolvem a adoção de práticas integrais e coordenadas de assistência, que articulam diretrizes publicadas com as políticas públicas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando as peculiaridades do setor suplementar, com a incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Surgiu assim um movimento de implementação das ações preconizadas em conceitos e diretrizes da APS nas operadoras de saúde. Iniciou-se por parte do setor privado a construção de um modelo de atenção que atendesse as necessidades de saúde de seus beneficiários.

A APS foi discutida pela primeira vez durante a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. Nesse evento, a APS foi conceituada como uma atenção à saúde que é essencial, onde o acesso à saúde deve ser garantido a todas as pessoas e famílias, de forma progressiva, através da integralidade de um sistema coordenado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Giovanella e Mendonça (2009) reiteraram essa definição, atribuindo a APS um conjunto de práticas em saúde, que podem ser individuais ou coletivas, e são base de um modelo assistencial que tem como centro o usuário-cidadão, capaz de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população.

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou uma importante conferência global em Astana, no Cazaquistão, onde todos os países renovaram seu compromisso com a APS, reforçando que durante 2019 deverão ser realizados esforços coletivos para cumprir com os pontos discutidos no evento (OMS, 2019).

A pesquisadora americana Bárbara Starfield (2002) descreveu a APS através de quatro atributos essenciais, sendo eles a assistência de primeiro contato ou acesso; a longitudinalidade; o cuidado integral considerando as dimensões biológicas, psíquicas e sociais da saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços prestados.

O acesso, ou primeiro contato, pode ser definido pela facilidade com que o indivíduo consegue um encontro com sua equipe de saúde, e está relacionado ao vínculo e diferentes formas de acesso (presencial, telefone, e-mail) e diversidade de horários disponíveis. A longitudinalidade, que é o cuidado ao longo do tempo, diz respeito à assistência em todas as fases do ciclo de vida, desde a concepção até o processo da morte (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado está relacionada à capacidade de garantir a continuidade de atenção ininterrupta no interior da rede de serviços. E por fim a integralidade, que é o reconhecimento de todas as dimensões do indivíduo, considerando suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais, dentro da saúde e da atuação da equipe (STARFIELD, 2002).

No Brasil, esse modelo de atenção se fortaleceu no SUS, através da Estratégia Saúde da Família, que inicialmente foi implementada como um programa, focado em populações mais vulneráveis, e posteriormente, adotado como uma estratégia, de caráter mais abrangente. A essência da sua organização baseia-se em equipes multiprofissionais, responsáveis pela atenção à saúde da população de determinado território, prestando uma assistência integral e promovendo o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, através de ações educativas, assistenciais e intersetoriais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

A ANS em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, criou em 2018 o Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira, com o objetivo identificar e reconhecer o esforço das operadoras de saúde na implementação da APS e o acompanhamento do seu impacto nos resultados em saúde do setor. No total, foram recebidas 41 experiências, sendo 12 delas consideradas como inovadoras na organização de seus serviços a partir da identificação dos atributos da APS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018).

Nas 12 experiências inovadoras selecionadas destacou-se a redução de custos assistenciais na atuação das equipes de APS. Com o monitoramento dos beneficiários foi possível evitar internamentos por causas sensíveis à atuação da equipe de cuidados primários, evitando a busca pela atenção secundária e especializada sem justificativa clínica, e intensificação da solicitação de exames de rastreamento de baixo custo.

Dessa forma, para que ocorra a transição tão esperada na saúde suplementar, é necessária uma nova postura dos envolvidos nesse processo: que as operadoras de planos de saúde tornem-se gestoras da saúde da população sob sua responsabilidade, que os prestadores de serviços assumam o papel de produtores de cuidados integrais e coordenados, e que os beneficiários sejam usuários com

consciência sanitária e autonomia (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Vale ressaltar que a APS na saúde suplementar deve ser qualificada e resolutiva, com resultados sanitários satisfatórios, e não apenas a busca desenfreada das operadoras pela diminuição de custos. Com base nessas experiências, identifica-se que é possível oferecer serviços capazes de gerar qualidade assistencial de grande impacto no processo de saúde doença da população mesmo no setor privado, promovendo, primeiramente, a promoção e a prevenção da saúde dos beneficiários, e consequente redução de despesas e gestão eficiente da assistência à saúde ofertada.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E AUTOCUIDADO

Uma das primeiras tentativas da ANS para estimular as operadoras a ofertarem serviços de promoção e prevenção da saúde foi através da instituição do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, pela Resolução Normativa RN nº 94 em 23 de março de 2005. Essa resolução, em sua essência, estimulou a adesão das operadoras ao garantir benefícios às instituições que aderissem a proposta, como a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Após quatro anos, em 2009, um novo documento foi publicado, a Instrução Normativa (IN) conjunta nº 01, que incentivou as operadoras de saúde a desenvolverem tais programas, e os cadastrarem na ANS. As instituições que aderissem a IN passariam a contabilizar como Ativo Não Circulante – Intangível em relação aos valores aplicados nesse tipo de atividade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Para a ANS (2009), o forte incentivo empregado para que o setor privado de assistência à saúde invista em atividades de promoção e prevenção da saúde, se deve às experiências exitosas que ocorreram no SUS. As operadoras de saúde no passado, em sua maioria, davam sinais de esgotamento das possibilidades de acesso aos serviços especializados (porta de entrada de uma grande parcela dos beneficiários), e deparavam-se com o significativo crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis e suas complicações. O caminho encontrado foi o estímulo às

atividades de promoção da saúde, em detrimento da oferta de serviços assistenciais e curativistas.

Os primeiros conceitos de promoção da saúde encontrados na literatura internacional são datados dos anos 40, e surgiram atrelados as quatro tarefas essenciais das ciências médicas: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e reabilitação da saúde (BUSS, 2003).

Diversos movimentos internacionais surgiram na Europa e no Canadá nos anos subsequentes, que resultaram na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, e na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, e influenciaram grandes mudanças nos sistemas de saúde do mundo. Outros movimentos internacionais sobre Promoção da Saúde ocorreram, e reforçaram os conceitos estabelecidos nesses eventos, somando novas questões e estratégias de ação voltadas para áreas prioritárias, a fim de gerar políticas públicas saudáveis (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Buss (2003, p. 16) afirmou que o termo Atenção Primária à Saúde na modernidade,

“[...] está associado inicialmente a um conjunto de valores, como a vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria; e emergem de uma combinação de estratégias do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e parcerias intersetoriais”.

Brasil (2018) descreveu um conceito ainda mais recente ao afirmar que a promoção da saúde é “[...] conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial, visando à equidade e à qualidade de vida”.

Devido a sua relevância no setor público e privado, ganhou maior destaque ao se tornar Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sendo instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e atualizada em 28 de setembro de 2017. Reforçou o compromisso do setor público com ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, e, a partir de então, inserida na agenda estratégica dos gestores da saúde suplementar, ampliando a aplicabilidade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2018).

A PNPS (2018, p.12), em seu texto original, quando aborda as competências comuns a todas as esferas de gestão do setor saúde, reforça que as ações devem

ser organizadas de maneira a “[...] viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no país”.

É importante salientar que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, através da atuação direta do indivíduo sobre questões que permeiam sua situação de saúde, ação denominada como autocuidado. Agindo assim, as tomadas de decisões são compartilhadas entre profissional e indivíduo, promovendo uma participação efetiva no planejamento e execução de iniciativas, visando sua qualidade de vida e autonomia (FARINATTI; FERREIRA, 2006).

Entretanto, ainda possuímos modelos de atenção à saúde no setor privado que cria uma relação de dependência de seus beneficiários com profissionais, especialidades e serviços de assistência à saúde, por um objetivo lógico, que é a manutenção da receita financeira do setor. O que se percebe, é que nos últimos anos iniciou-se um questionamento a respeito do modelo tradicional paternalista de cuidados, dando espaço para uma “nova” proposta de assistência: aquela que gera o empoderamento dos indivíduos (BRASIL, 2019).

O termo autocuidado foi definido por Neves (1978, p. 85) como “[...] o comportamento que a pessoa deliberada, responsável e eficazmente desempenha em seu próprio benefício, para assegurar a vida, manter a vida e promover a saúde”.

Sendo assim, o autocuidado promove efeitos positivos em pessoas que o praticam, possíveis de serem identificados na minimização de complicações; capacitando o indivíduo para o desenvolvimento de novas estratégias para lidar com as condições de saúde, promovendo o controle sintomático e da doença, e acima de tudo, seu bem-estar (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Em 1958, surgiu uma teoria relacionada à temática, denominada Teoria do Autocuidado, idealizada e amplamente discutida pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, que realizou um paralelo acerca da capacidade dos indivíduos refletirem sobre si mesmos e o ambiente que estão inseridos, para atuarem de forma benéfica em seu favor, e da sociedade. Para ela, autocuidado envolve tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para o desenvolvimento humano (BUB et al, 2006).

A teoria descreve cinco métodos que podem ser aplicados para auxiliar a superar a dependência para o autocuidado. Métodos estes que enfermeiros

empregam com pessoas dependentes de cuidados: (1) agir ou fazer pelo outro; (2) guiar ou direcionar; (3) prover suporte físico ou psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente que dê suporte ao desenvolvimento pessoal; (5) ensinar. (BUB et al, 2006).

A educação em saúde está fortemente envolvida nesse processo, e atualmente a implementação de programas com esse objetivo promovem o autocuidado de forma mais eficaz e resolutiva, incentivando a resolução de problemas e tomada de decisões relacionadas aos cuidados de saúde dos indivíduos (BRASIL, 2019).

2.3 O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NA APS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

As mudanças efetivas do modelo de atenção à saúde no setor privado ocorrerão a partir do momento que profissionais da área se envolvam na busca por práticas cuidadoras alternativas e inovadoras, que valorizem as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

A ANS (2018, p.10) enfatiza que,

“[...] É fundamental que a equipe composta para atuação na APS possua formação específica, seja capacitada para cuidar de população-alvo em sua integralidade, considerando, no contexto do cuidado, não só as questões biológicas, como também as epidemiológicas”.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2018, sugeriu que para responder as crescentes necessidades de saúde da população no setor público e privado é imprescindível alavancar o papel do enfermeiro de prática avançada (EPA) na APS. Esses profissionais possuem formação de nível avançado, habilidades e conhecimentos científicos com base em evidências necessárias para promover a saúde, a prevenção e o controle adequados de doenças transmissíveis e não transmissíveis, contribuindo para a gestão do cuidado, segundo as diretrizes de protocolos ou guias clínicos.

Em documento norteador de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar, a ANS (2009) recomenda ao setor privado, em linhas de cuidados específicas, que ocorra a inserção da equipe multiprofissional, e em especial do enfermeiro na oferta de serviços de saúde. Desde

2015, tornou-se obrigatório às operadoras de saúde realizarem o credenciamento de enfermeiros obstétricos para atenção ao pré-natal, parto e puerpério, na tentativa de reduzir os altos índices de cesarianas existentes no Brasil.

Conforme apresentado até aqui, o profissional enfermeiro pode contribuir consideravelmente para o desenvolvimento e o bom funcionamento dos sistemas de saúde. O que se observa na atualidade é que os profissionais da área enfrentam situações que limitam sua atuação, e, muitas vezes, seu potencial não é reconhecido, nem aproveitado. Para transformar esse cenário, torna-se necessário promover a valorização profissional, com o auxílio de diversos atores envolvidos nos processos de trabalho e formação, com forte atuação dos governos e dos conselhos profissionais que representam a classe (OPAS, 2018).

Em 2018, surgiu um importante movimento internacional de valorização da profissão, denominado *Nursing Now*. Essa campanha conta com o apoio do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), da Organização Mundial da Saúde e o UK All Party Parliamentary Group on Global Health do Reino Unido, além de possuir como patrona a Duquesa de Cambridge Kate Middleton (CASSIANI; NETO, 2018).

Cerca de 30 países aderiram à campanha, entre eles o Brasil, e tem previsão de término em 2020, ano que se comemora o bicentenário da precursora da profissão, Florence Nightingale. Aos países que também desejarem aderir ao *Nursing Now*, é necessário estabelecer objetivos e desenhar um plano de ação das estratégias que serão aplicadas nos serviços de saúde para promoção da valorização da categoria profissional (CASSIANI; NETO, 2018).

Espera-se que até 2020 as metas descritas pela campanha sejam alcançadas em todos os países que a aderiram. São elas: investimentos na melhoria da educação e desenvolvimento profissional; melhores condições de trabalho para enfermeiros; maior espaço em discussões de políticas de saúde nacionais e internacionais; oportunidades para desenvolvimento de lideranças; incentivar a integralidade da assistência, através da disseminação de práticas de enfermagem efetivas e inovadoras (CRISP; IRO, 2018).

O que se busca com todas essas ações, é o resgate da essência milenar da profissão: o cuidado direto, que é a gênese da assistência de enfermagem. Entretanto, hoje em dia o papel do enfermeiro tem sido, sobretudo, o de gestor administrativo da assistência, dedicando muitas horas da sua jornada de trabalho às

atividades meramente administrativas, em detrimento das assistenciais (OPAS, 2018).

Dessa forma, como o enfermeiro possui o cuidado como essência da sua profissão, ocupa importante espaço quando amplia suas práticas assistenciais e educativas ao indivíduo, família e à comunidade, se tornando fundamental àqueles que vivenciam um processo de adoecimento (TOSSIN et al, 2016).

Sendo a proposta de intervenção desse trabalho a busca por estratégias para a promoção do autocuidado, através da atuação do profissional enfermeiro, faz-se necessário realizar um paralelo da prática profissional com o tema proposto. Galvão e Janeiro (2013) citam que a atividade do enfermeiro se distingue de outras disciplinas por possuir o cuidado nos primórdios da profissão, sendo o autocuidado o resultado da assistência de enfermagem. Afirmam ainda que a intervenção do enfermeiro quando realiza orientações voltadas ao autocuidado instrumentalizam os indivíduos assistidos acerca da automonitorização da situação de saúde, através da percepção e identificação de mudanças na funcionalidade, para desempenhar ações apropriadas em seu próprio benefício.

O autocuidado então é considerado um componente integral e indispensável para gestão das doenças crônicas, da promoção da saúde, e prevenção de agravos, algo que tem sido muito buscado pelas operadoras de saúde para organizar o modelo de atenção e reduzir custos assistenciais (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

A empresa de serviços de saúde AMIL Assistência Médica S/A® foi fundada pelo médico cirurgião geral Edson de Godoy Bueno, em 1972, no estado do Rio de Janeiro. Desde jovem, possuía um forte perfil empreendedor, iniciando sua carreira como gestor de uma operadora de saúde com a aquisição de uma pequena maternidade chamada Casa de Saúde São José, na cidade fluminense de Duque de Caxias. Cinco anos depois adquiriu outras instituições hospitalares, dando início à caminhada da instituição no Brasil, que em décadas seguintes se tornou grande destaque nacional e internacional entre empresas do mesmo ramo (HERZLINGER; PINHO, 2011).

Foi a operadora de saúde pioneira no país a oferecer cobertura internacional para beneficiários no exterior, em 1993. No mesmo ano passou a oferecer um serviço de teleatendimento com médicos de plantão 24 horas, moderna estrutura de transporte inter-hospitalar do país, denominada Amil Resgate Saúde®, composta por ambulâncias, helicópteros e jato (AMIL, 2016).

Criou diversos modelos de assistência à saúde com o passar dos anos: Dix Saúde (1997) voltado para pessoas físicas das classes B e C e pequenas empresas; Total Care (1999) que oferecia assistência a clientes que necessitavam de cuidados especializados devido patologias complexas; Sistema Unificado de Gestão da Saúde (2000), programa que deu início a um modelo gerencial baseado em prevenção da saúde; Sistema Integrado de Saúde (2008), que consistia em uma rede de Unidades Avançadas – dotadas de infraestrutura completa e localizadas estrategicamente – para apoio de hospitais da sua rede preferencial, absorvendo os casos de baixa e média complexidade (HERZLINGER; PINHO, 2011; AMIL, 2016).

Em 2010 foi avaliada como a maior operadora de saúde no Brasil. No mesmo ano, Edson Bueno foi citado pela revista Forbes como o 595º bilionário do mundo, deixando explícita a empresa de sucesso que a AMIL se tornou, líder no ramo privado em assistência de serviços de saúde (HERZLINGER; PINHO, 2011).

Os ótimos resultados alcançados chamaram a atenção de instituições internacionais, e em 2012, uma das maiores operadoras de saúde dos Estados Unidos, a United Health Group® (UHG), demonstrou interesse em adquirir a operadora de saúde líder do mercado brasileiro. Em outubro do mesmo ano, a AMIL Assistência Médica S/A foi vendida para a empresa americana por cerca de 10 bilhões de reais, e passou a integrar os serviços de saúde ofertados pela UHG, onde passou a ser denominada AMIL Assistência Médica Internacional S/A® (AMIL, 2019).

Atualmente, a UHG ocupa o topo da lista das empresas mais admiradas em seu segmento, segundo ranking da revista Fortune. Além disso, oferece benefícios e serviços de saúde em mais de 130 países, para cerca de 140 milhões de pessoas, dedicando-se a atividades variadas no setor de saúde e bem-estar. Além dos serviços relacionados à assistência à saúde, possui duas empresas distintas sob seu gerenciamento: a UnitedHealthcare®, que oferece cobertura de seguro e benefícios de saúde; e a OPTUM®, responsável pelos serviços de informação e tecnologia para o setor de saúde da instituição (UNITED HEALTH GROUP, 2019).

A Amil® Oferece serviços médicos e odontológicos aos seus beneficiários, dependendo do tipo de produto adquirido. Possui sede no Rio de Janeiro e filiais no Distrito Federal e nas cidades de São Paulo (SP), Campinas (SP), Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG), Recife (PE), Natal (RN) e Fortaleza (CE). Sua missão é ajudar as pessoas a viverem de forma mais saudável, e seus valores são a integralidade, a compaixão, promoção de relacionamentos, a inovação, e a performance (AMIL, 2016).

Os beneficiários da operadora de saúde possuem à disposição uma vasta rede credenciada (clínicas, laboratórios, maternidades e hospitais particulares que prestam serviços de assistência à saúde, por meio de contratos) e rede própria (hospitais, maternidades, unidades de baixa e média complexidade, que fornecem atendimento apenas aqueles que possuem cobertura do plano de saúde).

No Brasil tem importante participação em câmaras técnicas da ANS, além de compor a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), colaborando nas discussões de novos modelos assistenciais, formatos de financiamento e da sustentabilidade do setor. Foi pioneira em programas de gestão da saúde no país, e permanece atuante, fornecendo atendimentos em saúde que englobam programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, assistência domiciliar, o apoio as gestantes de alto risco, identificação precoce de doenças crônicas e de câncer de mama, a orientação a pacientes com alta hospitalar e a prevenção do declínio funcional em idosos (AMIL, 2016).

Em dados disponíveis no site institucional, atualizados em outubro de 2018, a operadora possui cerca de 6,1 milhões de beneficiários no país, distribuídos entre 26 estados da federação, somados a 367 mil empresas que adquiriram os serviços de saúde para colaboradores; 1800 hospitais que fornecem serviços credenciados e 14 unidades hospitalares próprias; 34 unidades ambulatoriais de pronto atendimento, diagnósticos e centros médicos; e 34 unidades de cuidados de atenção primária à saúde, denominados Amil Espaço Saúde® (AMIL, 2019).

As unidades Amil Espaço Saúde® são locais da rede própria da operadora que contam com equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros e agentes de saúde (técnicos de enfermagem), focadas no modelo de atenção primária à saúde, onde são disponibilizadas consultas médicas e de enfermagem; oferta de exames, como eletrocardiograma, coleta de exames laboratoriais e do

citopatológico do colo do útero; procedimentos de baixa complexidade, como inserções de Dispositivo Intrauterino (de Cobre e hormonal), lavagem de ouvido, cantoplastia, drenagem de abscesso, entre outros (AMIL, 2019).

Atrelados a esses atendimentos, ainda fornece a possibilidade de seus beneficiários participarem de programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, são eles: Programa de Emagrecimento Clínico®; Obesidade Infantil®; Planejamento Familiar®, Programa Mamãe Criança® e Tabagismo®.

Anteriormente, a rede ambulatorial própria concentrava serviços de pronto atendimento, exames, programas verticais e médicos especialistas cujo foco era o paciente com doenças crônicas. Para transformar esse cenário, as unidades Amil Espaço Saúde® em todo o Brasil foram idealizadas para tornar a rede ambulatorial própria em uma rede coordenadora de cuidado, estruturando a jornada do beneficiário nos serviços de saúde oferecidos pela operadora, com o foco na APS (AMIL, 2016).

No Paraná, a rede própria da Amil® é composta por duas unidades ambulatoriais denominadas Amil Espaço Saúde®, em Curitiba, no bairro Água Verde, e em São José dos Pinhais, na região metropolitana, que prestam serviços de baixa e média complexidade. Essas unidades funcionam de segunda-feira a sábado, das 07h30min horas às 21h00min. Os atendimentos de alta complexidade da rede própria de serviços são realizados pelo Hospital Vitória, localizado na Avenida das Indústrias, na Cidade Industrial de Curitiba (CIC), que possui pronto atendimento adulto e pediátrico, unidades de internação, centro cirúrgico geral e unidade de terapia intensiva.

As equipes de atenção primária à saúde da operadora que atuam nas unidades Amil Espaço Saúde® são denominadas de equipes de coordenação do cuidado, compostas por médicos de família, enfermeiros de família, e agentes de saúde que possuem formação técnica na área da enfermagem. Além desses profissionais, contam com o apoio de psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas que possuem importante papel nos programas de prevenção e promoção da saúde.

O modelo de atenção à saúde ofertado por essas unidades baseia-se nos quatro pilares da atenção primária: fornecer acesso aos beneficiários ao serviço e equipe de saúde quando necessitarem, presencialmente, via telefone ou e-mail; promover a integralidade do cuidado, atendendo, na medida da possível, todas as dimensões do indivíduo; assistir os beneficiários em todo seu ciclo de vida,

observado o conceito da longitudinalidade; atuar de forma a coordenar toda a jornada do beneficiário dentro da rede de assistência da operadora de saúde, seja na rede própria ou credenciada.

Na Amil Espaço Saúde® do bairro Água Verde, em Curitiba, a equipe é composta por 11 médicos de família, 04 enfermeiros de família e 03 agentes de saúde, divididos em 04 equipes de coordenação do cuidado, onde cada equipe é responsável por uma carteira de beneficiários.

O médico de família possui importante papel na assistência prestada, sua avaliação clínica ocorre de forma integral e longitudinal, com a prática de uma medicina baseada em evidências, sendo a formação de vínculo com o beneficiário o diferencial da especialidade. Realiza consultas de pré-natal, puericultura e puerperal, além de atender o indivíduo em todas as fases do seu ciclo vital, inclusive na finitude. Ofertam também procedimentos de baixa complexidade, como inserções de Dispositivo Intrauterino (DIU), lavagem otológica, drenagem de abscesso, cantoplastia, retirada de lesões de pele e encaminhamento para a amostra para biópsia, entre outros.

A atuação do enfermeiro de família está baseada nas consultas de enfermagem (pré-natal, puericultura, puerperal, entrevistas de tabagismo, coleta de citopatológico do colo do útero, orientações individuais para determinados grupos de risco – diabéticos em uso de insulina, por exemplo); nas atividades em grupo, atendimentos telefônicos e tarefas administrativas. O agente de saúde atua como importante elo entre o beneficiário e as equipes de coordenação do cuidado, facilitando o acesso desses aos serviços prestados no Amil Espaço Saúde®.

Os programas de promoção à saúde ofertados aos beneficiários contam com a atuação das equipes de coordenação do cuidado e multiprofissional, e são importantes aliados na gestão do cuidado das carteiras de beneficiários que estão sobre a responsabilidade das equipes. São eles:

Programa de Emagrecimento Clínico®: Destinados a beneficiários a partir dos 12 anos de idade, que apresentam Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 25, indicando situação de sobrepeso ou obesidade. Os profissionais atuantes nesse programa são nutricionistas, psicólogas, médicos e enfermeiros das equipes de coordenação do cuidado, e as atividades ofertadas são encontros mensais em grupo (nutrição e psicologia) e consultas individuais (trimestrais com médico de família, semestrais com o enfermeiro de família, e trimestrais com a nutricionista). A consulta

individual da psicologia está condicionada a uma avaliação realizada durante a primeira participação do beneficiário em grupo, onde é aplicada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), caso seja identificado potencial quadro de compulsão alimentar é direcionado para atendimento individual da psicologia, por até 10 sessões. Para iniciar o programa é necessário participar de uma palestra denominada de Boas Vindas, ministrada pela nutricionista, e poderá ser acompanhado pela equipe por até 02 anos.

Programa de Obesidade Infantil®: Atividades disponibilizadas para beneficiários entre 05 a 11 anos de idade, com IMC que indica situação de sobrepeso ou obesidade. O acompanhamento é realizado pelo médico de família em consultas individuais, e pela nutricionista em grupos mensais e consultas trimestrais. Tem duração de 01 ano, e para iniciar o programa é necessário também participar de uma palestra de Boas Vindas, ministrada pela nutricionista responsável. Ao completar 12 anos de idade, se ainda permanecer em situação de sobrepeso ou obesidade, é encaminhado para acompanhamento no Programa de Emagrecimento Clínico®.

Programa de Planejamento Familiar®: Todos os beneficiários que manifestam vontade de realizar um procedimento de esterilização definitiva (Laqueadura ou Vasectomia), ou desejam esclarecimentos sobre métodos contraceptivos disponíveis, são direcionados a esse programa. Consiste em atividades em grupo (01 palestra) ou consulta individual. Os profissionais envolvidos nas atividades são os enfermeiros de família, que ministram a palestra e abordam questões relacionadas à Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 1996 e métodos contraceptivos disponíveis; médicos de família, ginecologistas e urologista, responsáveis pela indicação e a realização dos procedimentos; psicóloga, que realiza avaliação clínica dos aspectos psicológicos que envolvem os procedimentos de esterilização definitiva.

Programa Mamãe Criança®: Oferecido para beneficiárias gestantes e acompanhantes de sua escolha, preferencialmente o cônjuge. Consiste em uma palestra ministrada por uma das enfermeiras das equipes de coordenação do cuidado, onde são abordadas questões relacionadas ao período gestacional, ao pré-natal, o parto, a amamentação, o puerpério e cuidados com o recém-nascido. São ofertadas também consultas de seguimento de pré-natal com as enfermeiras e médicos das equipes.

Programa de Tabagismo®: atendimentos individuais e em grupo para beneficiários que manifestam o desejo de parar de fumar. Para iniciar o programa é necessário agendar uma entrevista de tabagismo com uma das enfermeiras da família, onde é aplicado o Teste de Fagerström, que mensura o grau de dependência química à nicotina. Após o atendimento individual é encaminhado para atendimentos em grupo, que tem duração de 01 ano. No primeiro mês deverá comparecer semanalmente, no segundo mês quinzenalmente, e a partir do terceiro mês, mensalmente, até completar os 12 meses de acompanhamento. O médico de família realiza a avaliação clínica para verificar a necessidade de prescrição de medicamentos para auxiliar no processo de cessação do hábito de fumar.

Na tabela 1, é possível verificar dados referentes à captação e adesão dos beneficiários que frequentam a unidade Amil Espaço Saúde® Água Verde, em relação aos programas de saúde ofertados durante o ano de 2018:

TABELA 1 – CAPTAÇÃO E ADESÃO AOS PROGRAMAS DE SAÚDE - 2018

<i>Programa de Saúde</i>	<i>Agendados</i>	<i>Compareceram</i>	<i>Faltas</i>	<i>Cancelaram</i>
Emagrecimento Clínico®	2238	1151 (51,4%)	634 (28,3%)	453 (20,2%)
Obesidade Infantil®	108	40 (37%)	41 (37,9%)	27 (25%)
Planejamento Familiar®	224	115 (51,3%)	63 (28,1%)	46 (20,5%)
Mamãe Criança®	153	69 (45%)	74 (48,3%)	10 (6,5%)
Tabagismo®	228	92 (40,3%)	103 (45,1%)	33 (14,4%)
Total	2951	1467 (49,7%)	915 (31%)	569 (19,2%)

FONTE: SisAgenda®* (jan.2019)

NOTA: Sistema online de agendamento de consultas, procedimentos e exames, por beneficiário.

As equipes de coordenação do cuidado ainda atuam no processo de desospitalização de beneficiários, com a responsabilidade de acompanhá-los após a alta hospitalar. Atualmente, os profissionais médicos que conduzem os internamentos no hospital da rede própria da AMIL® (Hospital Vitória), identificam possíveis beneficiários elegíveis (sem profissionais que coordenam o cuidado dentro da rede de serviços, e que possuem grande probabilidade de novo internamento), e encaminham os dados para as enfermeiras de família e agentes de saúde, que ficam responsáveis pelo contato telefônico com o beneficiário ou familiar, e o agendamento de consulta médica.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Diante da vasta atuação das equipes de coordenação do cuidado até aqui descrita, se faz necessário que o processo de captação de beneficiários e a gestão do cuidado daqueles que já fazem parte das carteiras das equipes ocorram de forma organizada. Promover uma jornada resolutiva dentro da rede de serviços da operadora de saúde proporciona uma experiência positiva aos beneficiários, que se sentem melhores assistidos pelo sistema de saúde, além de reduzir gastos assistenciais.

Um dos maiores desafios da saúde suplementar é sensibilizar aos beneficiários sobre a co-responsabilização em relação a sua situação de saúde, tema principal dessa proposta de intervenção. Mesmo com todos os esforços da AMIL® em fortalecer as equipes de atenção primária para promover a saúde da população sob sua responsabilidade, ainda é perceptível a falta de programas de saúde que estimulem o autocuidado, principalmente em beneficiários com potencial risco de adoecimento e complicações do estado geral de saúde (como aqueles que possuem doenças crônicas não transmissíveis, ou idosos, por exemplo).

A grande maioria dos beneficiários estão habituados a utilizar o serviço de saúde quando possuem alguma demanda que precisa ser sanada, e o primeiro serviço que procuram é a consulta médica ambulatorial, ou em pronto atendimento. Quando são convidados a participar de atividades em grupos ou consultas com a equipe multiprofissional recusam o agendamento, pois ainda não estão sensibilizados em relação à importância da atuação desses profissionais na promoção da saúde e prevenção de agravos. A falta de divulgação desse tipo de atendimento nas mídias que a operadora utiliza para atingir os beneficiários também corrobora para a baixa adesão às propostas dos grupos terapêuticos e atividades de promoção do autocuidado.

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, extraídos da solução SisAgenda®, sistema de informação sobre agendamentos de beneficiários em unidades próprias da AMIL®, a nível nacional, excluindo a rede credenciada e prestadores de serviços, é possível observar o elevado índice de absenteísmo em atividades que estimulam a promoção da saúde ofertadas pela operadora. Em 2018, ocorreram 2951 agendamentos de beneficiários em grupos, sendo que apenas 49,7% compareceram nas atividades programadas, representando um absenteísmo

de cerca de 50,2%, superando a porcentagem de adesão e participação nos encontros.

As causas que favorecem o absenteísmo elevado nessas atividades são a cobrança de coparticipação em atividades em grupo, consultas médicas e de enfermagem dos programas de saúde; a falta de confirmação prévia dos beneficiários que estão programados para as atividades; e a necessidade de comparecer mais de uma vez ao mês na unidade para atendimentos.

Além dos programas de saúde já instituídos pela operadora a nível nacional, percebe-se a necessidade das equipes de coordenação do cuidado promoverem a autonomia e o autocuidado dos beneficiários através de atividades que ultrapassem os limites e barreiras físicas de um consultório. Há pouco estímulo às equipes, por exemplo, em realizarem atividades de promoção da saúde e captação de novos beneficiários em grandes empresas que possuem a Amil® como prestadora de serviços de saúde.

Outra situação é a supervalorização da consulta com o médico de família, em detrimento do atendimento da equipe multiprofissional, tornando-o o centro da equipe de coordenação do cuidado. Ao se realizar captações de novos beneficiários, o principal convite realizado é para agendamento de consulta com o médico de família. Para realizar atendimentos com a equipe de nutrição ou psicologia do serviço, o beneficiário precisa, inicialmente, ser referenciado pelo profissional. Os direcionamentos dos casos de desospitalização da rede hospitalar própria também ocorrem na totalidade para essa categoria profissional, são os profissionais médicos que durante o internamento identificam potenciais beneficiários para as equipes de coordenação do cuidado, e referenciam para consultas médicas nas unidades Amil Espaço Saúde®.

Como até aqui discutido, o enfermeiro possui competência profissional e conhecimento técnico-científico suficiente para promover a saúde e estimular o autocuidado dos indivíduos, atuando de forma ativa dentro da equipe multiprofissional. Sua atuação no SUS está amplamente respaldada por leis, portarias e protocolos, mas o que se observa na saúde suplementar é a falta de diretrizes que direcionem a atuação do enfermeiro nesse sistema de saúde tão em evidência no momento. Na AMIL® o enfermeiro é estimulado a exercer a dimensão clínica da profissão, entretanto, ainda não existem protocolos ou fluxos institucionais que facilitem e respaldem sua atuação.

4 PROPOSTAS TÉCNICAS PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

4.1 DIVULGAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE

A primeira proposta apresentada é a intensificação da divulgação das atividades de promoção da saúde ofertadas pela operadora de saúde, através da atuação das equipes de coordenação do cuidado. Deve-se levar em consideração que beneficiários de todas as faixas etárias precisam ser alcançados por essa ação, possuindo doenças pré-existentes ou não.

Pode ocorrer pela atuação dos profissionais da rede própria, credenciada e prestadores de serviços; ou por meio de canais de comunicação como impressos, outdoors, e-mails, anúncios em redes sociais, mensagens de texto via celular, e do aplicativo do beneficiário AMIL®.

4.1.1 Plano de implantação

A etapa inicial dessa ação é a aproximação da área de marketing, comunicação, e sistemas de informação da operadora com a temática que se deseja divulgar. Na sequência, os materiais criados para a divulgação devem ser submetidos à avaliação de uma das equipes de coordenação do cuidado, para verificar se estão de acordo com a proposta a ser atingida.

Após a aprovação, o resultado final deve ser apresentado, a princípio, à rede própria de serviços de saúde da AMIL®, com a sensibilização de toda a equipe para identificar potenciais beneficiários para os programas de saúde, incluindo a recepção da unidade, equipe multiprofissional, administrativa, e médicos especialistas.

Ao verificar a eficácia dessa ação, se ocorrer aumento da procura de beneficiários pelas atividades de promoção da saúde, a divulgação poderá ser estendida para serviços da rede credenciada e prestadores de serviços.

A articulação entre as equipes de marketing, comunicação, sistemas de informação, e coordenação do cuidado ficará a cargo da gestão administrativa. A divulgação do material elaborado em meios de comunicação em massa (outdoors, redes sociais, e-mails, aplicativo) ficará a cargo do setor de marketing e sistemas de informação da operadora. A sensibilização das equipes e profissionais em relação à

divulgação interna dos programas para promoção da saúde e prevenção de agravos, será da responsabilidade de um dos membros das equipes de coordenação do cuidado da Amil Espaço Saúde® Água Verde (preferencialmente o enfermeiro, envolvido na organização dos programas de saúde).

4.1.2 Recursos

Serão necessários investimentos de ordem financeira (adquirir espaço em locais públicos para proceder com a divulgação do material criado, gastos com gráfica e impressão dos materiais que serão distribuídos fisicamente); recursos humanos, que necessitarão de reuniões durante a jornada de trabalho para aprimoramento das discussões e tomadas de decisão em relação a ação (gestor administrativo, equipes de marketing, comunicação e sistemas de informação, e representantes das equipes de coordenação do cuidado).

4.1.3 Resultados esperados

Nos primeiros seis meses de implantação da proposta de divulgação, espera-se um crescimento de cerca de 50% no número de novos beneficiários que procurarão as atividades preventivas ofertadas.

Conseqüentemente, poderá ocorrer um impacto maior no crescimento das carteiras de pacientes das equipes de coordenação do cuidado, representando também uma importante estratégia para captação de novos beneficiários.

4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Um dos potenciais riscos que deve ser levado em consideração é a procura dos beneficiários pelos programas de saúde ser maior do que a oferta disponibilizada de atendimentos individuais ou em grupo. Nesse caso, deverá ser analisada a possibilidade de aumento do quadro de profissionais envolvidos nessas atividades: enfermeiros, agentes de saúde, nutricionistas e psicólogos.

Durante a divulgação dos programas de saúde em meios de comunicação comum à população em geral (outdoors, anúncios em redes sociais) poderá despertar o interesse daqueles que não possuem o plano de saúde. Por esse motivo

deverá ser claramente explícito que poderão utilizar os serviços ofertados apenas aqueles que possuem a cobertura da Amil®, como sistema de assistência à saúde.

4.2 CAPTAÇÃO DE NOVOS BENEFICIÁRIOS NA ADESÃO AO CONVÊNIO

A proposta é reforçar as ações de captação de beneficiários para os programas de saúde no momento da adesão e assinatura de contratos de pessoas físicas e jurídicas, ainda durante a negociação com o corretor de planos de saúde. As corretoras que realizam a venda de planos a nível nacional são orientadas a aplicarem um questionário denominado de declaração de saúde, para verificar a atual situação daquele que pretende adquirir os serviços.

De acordo com a ANS (2011), esse questionário é legal, deve ser preenchido no ato da contratação do plano, e contém informações relacionadas às doenças ou lesões pré-existentes que o contratante possui. Perguntas relacionadas a hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos eventuais não são permitidas pelo órgão regulatório do setor privado.

Essa ocasião é o momento propício para divulgar as atividades de promoção da saúde disponíveis, além de uma rede de serviços coordenada e de qualidade, que poderá fazer a diferença no momento da escolha do melhor plano de saúde a se adquirir.

4.2.1 Plano de implantação

Para se atingir o objetivo dessa ação, será necessária uma aproximação com as principais corretoras de saúde responsáveis pela venda de produtos da AMIL® em Curitiba, seja para pessoas físicas ou jurídicas.

Após a identificação desses locais, deverão ser programadas reuniões com os corretores, gestor administrativo da unidade, e membros das equipes de coordenação do cuidado envolvidos na execução dos programas de saúde (enfermeiros), para explanar sobre as atividades disponíveis para beneficiários da operadora de saúde, e orientá-los a divulgar também a disponibilidade desses serviços para interessados em adquirir o plano de saúde, e novos beneficiários.

Outro ponto a ser estruturado é um meio de comunicação direto das corretoras de saúde com os enfermeiros das equipes de coordenação do cuidado.

Todas as vezes que novos beneficiários sinalizarem interesse pelos programas ofertados pelos corretores, deverão ser questionados se desejam contato da equipe, e, caso aceitem, terão seus dados direcionados a um dos enfermeiros da família, que realizarão contato telefônico e um convite para uma consulta de enfermagem, e os demais os atendimentos com membros da equipe.

4.2.2 Recursos

Será necessária a disponibilidade de recursos humanos (enfermeiros da família) para realizarem contato com os novos beneficiários interessados nos programas de saúde ofertados pela operadora. Além disso, a utilização de recursos estruturais como a sala de reuniões (para os encontros com os corretores de saúde), telefones e computadores da instituição, para contato telefônico com o beneficiário demonstrar interesse, para realizar o convite.

4.2.3 Resultados esperados

Com a prática da captação e divulgação dessas atividades o mais precocemente possível, espera-se que o vínculo do novo beneficiário com a equipe de coordenação do cuidado ocorra antes mesmo do processo de adoecimento, proporcionando conhecimento suficiente para a prática do autocuidado, e uma jornada organizada dentro do sistema de saúde privado.

4.2.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Poderão ocorrer descontentamentos por parte de beneficiários que não desejam aderir às atividades propostas, ao terem seus dados de contato telefônico ou e-mail disponibilizados logo após a contratação do plano de saúde. Por esse motivo, se faz necessário que o corretor realize os devidos esclarecimentos, e solicite autorização prévia do beneficiário para transmitir seus dados para contato da equipe de saúde.

4.3 REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO

Devido ao elevado absenteísmo nas atividades de promoção da saúde, é importante a intensificação de ações que estimulem e motivem os beneficiários a participarem dos programas ofertados pela operadora.

Entre elas, a confirmação prévia das agendas dos programas de saúde pelo serviço de tele atendimento da AMIL®, com o objetivo de lembrar aos beneficiários do compromisso firmado, e realizar remanejamento da atividade programada para aqueles que não poderão comparecer na data agendada.

Outra estratégia é facilitar o acesso aos programas de saúde adequando a oferta de grupos e consultas multiprofissionais em horários diversificados, aproveitando o comparecimento do beneficiário ao serviço de saúde para um determinado atendimento, com o agendamento de outras atividades de promoção da saúde no mesmo dia.

E por último, a extinção de coparticipação financeira em atendimentos da equipe multiprofissional dos programas de saúde. Beneficiários que atualmente abandonam os programas de promoção da saúde devido a cobrança de coparticipação teriam um estímulo a mais para continuarem com as equipes de coordenação do cuidado.

4.3.1 Plano de implantação

A adequação das agendas da equipe multiprofissional e das atividades em grupo, para fornecer acesso a todos os beneficiários em acompanhamento, é uma proposta simples e que requer pouca movimentação e envolvimento de setores mais complexos. Será necessário ofertar horários de atendimento desde a abertura da unidade, às 07h30min, até seu fechamento, às 21h00min, de segunda-feira à sábado, e aumentar o quadro de colaboradores da equipe multiprofissional (psicologia e nutrição), para que possa ser ofertado atendimentos em todo o período em que o serviço encontra-se em funcionamento. Essas ações deverão ser conduzidas pelo gestor administrativo (responsável pela gestão das agendas e solicitação de novas contratações), e setor de recursos humanos, responsável pelo recrutamento e seleção.

O ato de confirmar as agendas dos programas de saúde previamente é uma proposta que envolve outro setor da AMIL®, responsável pela equipe de tele atendimento da operadora. Por esse motivo, serão necessárias negociações entre

os gestores administrativos desses setores, para verificar a viabilidade da inserção de mais um processo de trabalho, que é relevante, na rotina dos colaboradores.

E por fim, a decisão de extinguir a coparticipação cobrada dos beneficiários que estão ativos nas atividades de promoção da saúde pertence à gestão nacional da operadora de saúde. Será necessário problematizar o impacto dessa cobrança na efetividade dos programas de saúde, através de dados relacionados ao elevado absenteísmo, e direcionar essas informações para discussão em nível de diretoria da operadora.

4.3.2 Recursos

Para execução das ações propostas, serão necessários investimentos em recursos humanos e financeiros, como a utilização de parte da jornada de trabalho dos colaboradores do serviço de tele atendimento para confirmação prévia das agendas e remanejamentos; a contratação de novos profissionais para equipe multiprofissional, com o objetivo de fornecer acesso a consultas e grupos em horários diversificados.

4.3.3 Resultados esperados

Com a execução das ações propostas, se espera uma redução significativa do absenteísmo em consultas e atividades em grupos dos programas de saúde da AMIL®. Com a adequação dos horários de atendimento da equipe multiprofissional e melhora da oferta de horários, poderá ocorrer maior procura pelas atividades, por parte de novos beneficiários que possuíam essa restrição para agendamentos.

4.3.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Uma situação de risco que pode ocorrer é a ociosidade das agendas das equipes multiprofissionais nos extremos de horários: início da manhã, e durante a noite. Para minimizar, e até extinguir a possibilidade desse cenário, será necessário realizar aberturas gradativas das agendas nesses períodos, e aumentar a oferta de vagas conforme a procura pelo atendimento.

4.3 ATIVIDADES DESCENTRALIZADAS

Para que a atuação das equipes de coordenação do cuidado seja efetiva em relação à promoção da saúde e prevenção de agravos, suas ações precisam ultrapassar os limites impostos pelos consultórios, os atendimentos individuais, e a estrutura física da unidade.

A proposta é realizar atividades programadas de forma descentralizada, com envolvimento de toda a equipe multiprofissional, em locais que possuam beneficiários da operadora de saúde, como em empresas, serviços da rede própria ou credenciada.

Poderá ocorrer também a sensibilização dos beneficiários que frequentam o serviço de saúde enquanto aguardam atendimento, através de abordagens individuais ou coletivas (sala de espera), com temas relevantes em relação ao autocuidado e promoção da saúde.

4.4.1 Plano de implantação

Inicialmente, será necessário realizar um levantamento das empresas que possuem a AMIL® como prestadora de assistência a saúde de seus colaboradores, e verificar qual delas tem interesse e disponibilidade para atividades de promoção durante a jornada de trabalho. Ficará responsável por essa etapa setor administrativo da unidade, sob supervisão do gestor local.

Eleger, entre as equipes de coordenação do cuidado, profissionais de saúde para organização e condução das atividades descentralizadas. Os temas a serem aplicados nessas ações deverão ter relevância para a saúde coletiva, e estarem alinhados com diretrizes e recomendações da ANS e Ministério da Saúde em relação à promoção do autocuidado.

Deverão ser realizadas atividades semelhantes em salas de espera das unidades próprias da AMIL®, aproveitando a ocasião em que os beneficiários e acompanhantes aguardam procedimentos, exames ou atendimentos. As ações coletivas em salas de espera ficarão sob a responsabilidade dos enfermeiros de família das unidades Amil Espaço Saúde®, com o auxílio dos agentes de saúde, ambos atentando-se para captação e inserção de novos beneficiários para os programas de saúde.

4.4.2 Recursos

Os recursos que precisarão ser dispensados nessas ações serão humanos, com a atuação dos profissionais das equipes de coordenação do cuidado já disponíveis no serviço de saúde. Por esse motivo, as agendas de atendimentos individuais e em grupos que possuem na unidade deverão ser bloqueadas nesses períodos. Será necessário também investimentos de ordem financeira em relação ao deslocamento dos profissionais até os locais onde ocorrerão as ações de saúde descentralizadas (empresas). Como a operadora de saúde não possui automóveis da empresa para deslocamentos, precisará ocorrer à contratação de transporte terceirizado ou ressarcimento do valor que o profissional utilizou se optar em deslocar-se por meios próprios.

4.4.3 Resultados esperados

Com essas ações, espera-se alcançar os beneficiários da operadora de saúde que não procuram a unidade para atendimentos, ou desconhecem os programas de saúde ofertados, impactando na redução de agravos preveníveis, e maior procura por atendimentos das equipes de coordenação do cuidado. Outra situação esperada é a familiarização dos beneficiários e profissionais do setor privado com atividades de enfoque coletivo.

4.4.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Os riscos nessas ações podem estar relacionados ao deslocamento dos profissionais até as empresas, em atendimentos descentralizados. O contrato de trabalho prevê a atuação destes dentro do espaço físico da operadora de saúde. Por esse motivo, as ações devem ser prioritariamente programadas de segunda a sexta-feira, durante o horário comercial, e o deslocamento ocorrer por meio de transporte contratado pela operadora de saúde.

4.5 FLUXOS DE ATENDIMENTO PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Diferentemente do SUS, os beneficiários das operadoras de saúde não estão habituados a programar atendimentos ou serem recepcionados nesses serviços pela equipe multiprofissional, e em especial pelo enfermeiro.

Muitas demandas que levam os beneficiários a procurarem auxílio, como dúvidas sobre questões de saúde, podem ser solucionadas por outros meios de atendimento, sem a necessidade da clássica consulta presencial médica. Essas situações são problematizadas por não possuir fluxos e protocolos definidos que respaldem e direcionem a atuação das equipes de coordenação do cuidado na instituição.

A proposta então é a elaboração de fluxos e protocolos de atendimento que norteiem a atuação das equipes de atenção primária da operadora, que estimulem os beneficiários a procurarem a equipe multiprofissional para atendimentos, e em especial o enfermeiro, e que tenham um livre canal de comunicação com a equipe de referência, através disponibilidade de contato via telefone ou e-mail institucional.

4.5.1 Plano de implantação

Iniciar a descrição dos principais fluxos de atendimento, que envolvem a equipe multiprofissional (acolhimento à demanda espontânea da operadora de saúde, seja presencialmente, via contato telefônico ou e-mail; dos atendimentos individuais ou coletivos da equipe multiprofissional – enfermeiros, psicólogas e nutricionistas) e apresenta-los às demais equipes envolvidas na jornada do beneficiário dentro da rede de serviços da operadora: equipes de recepção, teleatendimento, administrativo e assistencial da rede própria da AMIL®.

Realizar a inclusão dos fluxos e protocolos elaborados nos sistemas de informação da operadora, para direcionar a jornada do beneficiário dentro da rede de serviços (sistema de agendamento – SisAgenda®; prontuário eletrônico – SisMed®) ao atendimento, inicialmente, da equipe multiprofissional.

Programar a compra de aparelhos celulares para as equipes de coordenação do cuidado (01 unidade por equipe), e disponibilizar sala com computador, acesso a internet e sistemas de atendimento da AMIL® para que enfermeiros e agentes de saúde estejam disponíveis para atender as solicitações dos beneficiários cadastrados nas equipes.

4.5.2 Recursos

Estarão envolvidos nessas ações recursos humanos da operadora, entre eles: gestor administrativo; gestor assistencial; profissionais das equipes de coordenação do cuidado; responsáveis pelos sistemas de informação da operadora; equipe administrativa; do serviço de tele atendimento e recepção da unidade. Além disso, serão necessários investimentos financeiros para adquirir aparelhos celulares que serão utilizados pelas equipes de saúde; e estruturais, devido à necessidade de disponibilizar e equipar salas de atendimento com computadores e acesso a rede de sistemas de informação.

4.5.3 Resultados esperados

O principal resultado a ser alcançado é melhorar a experiência e a jornada do beneficiário dentro do serviço de saúde, fornecendo um atendimento mais resolutivo e menos burocratizado. Atrelado a isso, espera-se que o beneficiário identifique o enfermeiro como o seu profissional de referência dentro das equipes de coordenação do cuidado, capaz de solucionar grande parcela das demandas apresentadas.

4.5.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Os riscos aos quais a equipe de saúde e a operadora estão expostas são relacionadas às demandas que os beneficiários poderão apresentar via telefone e e-mail, que podem ser complexas e emergenciais. Será necessário capacitar os enfermeiros e agentes de saúde para essa modalidade de atendimento, tornando-os capazes de identificar situações de alerta em relação ao estado de saúde do beneficiário que está ausente fisicamente, e direcioná-lo de forma adequada dentro da rede de serviços de saúde.

4.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DESOSPITALIZAÇÃO DA REDE PRÓPRIA

No momento, o processo de desospitalização e referenciamento de beneficiários da rede hospitalar própria às equipes de coordenação do cuidado,

ocorre pela atuação exclusiva de médicos que os acompanham durante o período de internação.

É necessário capacitar e estimular os enfermeiros da rede própria hospitalar para também realizarem essa atividade, que é tão inerente da profissão. Ao identificarem beneficiários que receberão alta e necessitam de monitoramento e cuidados continuados, podem atuar de forma expressiva ao direcioná-los às equipes de coordenação do cuidado da operadora.

A atuação dos enfermeiros de família também precisa ser aprimorada, e uma das propostas é instituir uma consulta de enfermagem após a desospitalização de beneficiários que necessitam de orientações específicas relacionadas ao autocuidado (diabéticos que fazem uso de insulina; em casos de pós-operatório que necessitam de orientações de como realizar curativos em domicílio; em uso de dispositivos invasivos, como sondas nasogástricas, enterais, vesicais de demora, ou cistostomias; em uso de ostomias).

Promover a visita dos enfermeiros de família em hospitais da rede própria e credenciada, incluindo às maternidades prestadoras de serviço, é uma proposta relevante, para o estabelecimento de vínculo com os beneficiários ainda no processo de hospitalização, e divulgação do serviço ofertado pela operadora de saúde.

4.6.1 Plano de implantação

As ações sugeridas envolvem as equipes de enfermagem da rede hospitalar própria (Hospital Vitória), e das unidades ambulatoriais (Amil Espaço Saúde® Água Verde e São José dos Pinhais). Inicialmente, as supervisões dos distintos serviços deverão descrever, em conjunto, fluxos de encaminhamentos, capacitar as equipes para o processo de captação e encaminhamento de beneficiários.

Será necessária a organização das agendas de consulta de enfermagem das enfermeiras de família das equipes de coordenação do cuidado. Além disso, é importante definir um meio de comunicação oficial para formalizar os encaminhamentos realizados pelos enfermeiros da rede hospitalar própria.

Os enfermeiros de família deverão realizar visitas às maternidades da rede credenciada quinzenalmente, para captação de puérperas e recém-nascidos beneficiários da operadora de saúde, aproveitando a ocasião para fornecer

orientações preventivas precoces, direcionando o binômio mãe-filho às equipes de coordenação do cuidado após a alta.

4.6.2 Recursos

Os recursos utilizados nessas ações serão humanos (enfermeiros da rede hospitalar e equipes de atenção primária a saúde), que reservarão momentos das jornadas de trabalho para execução das captações e atendimentos. A organização de espaço físico (consultório) para o enfermeiro de família realizar o atendimento após a alta hospitalar requer investimento estrutural, com organização do ambiente para receber o beneficiário de acordo com a sua situação clínica (debilitado ou não).

Os deslocamentos dos enfermeiros de família para visitas as maternidades da rede credenciada exigirão recursos financeiros. Será necessário disponibilizar meio de transporte, ou ressarcir valor do deslocamento caso optem por utilizar automóvel próprio. As visitas deverão ocorrer durante o expediente de trabalho.

4.6.3 Resultados esperados

Com maior evidência do profissional enfermeiro no processo de desospitalização, espera-se aumentar o nível de engajamento de beneficiários com as equipes de coordenação do cuidado, após a alta hospitalar, minimizando riscos de novas internações por motivos sensíveis a atuação da equipe de atenção primária.

4.6.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Não se observaram potenciais riscos ou problemas na proposta apresentada.

5 CONCLUSÃO

As propostas aqui elencadas representam algumas estratégias que podem ser utilizadas para aprimorar a assistência à saúde no setor privado. Por meio da atuação das equipes de coordenação do cuidado, baseada nos pressupostos da APS, é possível ofertar uma assistência proativa e resolutiva, reduzindo a fragmentação do indivíduo, visando à garantia do acesso aos cuidados necessários, ao vínculo, à responsabilização, à redução de custos e desperdícios, e ao monitoramento contínuo dos resultados alcançados.

Há um longo caminho a ser trilhado pelas operadoras de saúde para se alcançar a excelência em promoção da saúde e prevenção de agravos. Os programas de promoção à saúde das operadoras devem ofertar a educação em saúde, através do protagonismo e do autocuidado, por meio de atividades em grupo e planos terapêuticos elaborados de forma conjunta entre a equipe de saúde e o beneficiário, podendo englobar suas famílias e comunidade.

A atuação da equipe multiprofissional, e em especial, do profissional enfermeiro, contribui para que os beneficiários contem com um acesso adequado, uma melhor experiência na jornada dentro da rede de serviços privada, e cobertura de serviços de saúde mais qualificados. Entretanto, o que se observa na saúde suplementar é a supervalorização do atendimento médico e individual, em detrimento do atendimento multiprofissional e coletivo. Para transformar por completo esse cenário, serão necessários esforços conjuntos de operadoras de saúde e equipes multiprofissionais, através de ações de divulgação dos serviços ofertados.

A educação permanente das equipes de saúde é algo que deve ser levado em consideração no processo de transformação do modelo de atenção a saúde desse setor. Capacitar os profissionais para ofertarem uma assistência que transcende os limites da dimensão biológica do indivíduo, vai muito além da oferta de cursos de atualização clínica, com temas previamente definidos. O processo de qualificação das equipes de APS, seja no SUS ou no setor privado, demanda a identificação das fragilidades de atuação dos profissionais e das equipes, associadas às necessidades da população assistida.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/programas-ans/promoprev-programa-de-promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>>. Acesso em: 30 out. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. 244 p.

AMIL. **Market Institucional**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://www.amil.com.br/institucional/#/market/sobre>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

AMIL. **Perfil Institucional**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://galeria.amil.com.br/gerdoc/221_perfil_institucional_-_amil_-_jan_2016.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Autocuidado. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2019 em: <<http://www.saude.br/index.php/servicos/autocuidado>>. Acesso: 15 jan. 2019.

BRASIL. Planos de saúde: guia prático e dicas úteis para quem tem ou deseja ter um plano de saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/folder_guiia_pratico.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018, p.40.

BRASIL. CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2014. 100 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P. E.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, p. 152-159. 2006.

CASSIANI, S. H. B.; LIRA NETO, J. C. G. Nursing Perspectives and the “Nursing Now” Campaign. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.71, n.5, p.2351-2353, set/out. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

CRISP, N.; IRO, E. Nursing now campaign: raising the status of nurses. **Lancet**. 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30494-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30494-X/fulltext)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física**: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v.17, n.1, p.225-230, jan/mar. 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária a Saúde**: políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

GIRARD, J. **Encerramento do Seminário Atenção Primária à Saúde – estratégia chave para a sustentabilidade do SUS (apresentações dos painelistas)**. 2018. Disponível em: <<http://apsredes.org/seminario-atencao-primaria-saude-estrategia-chave-para-sustentabilidade-do-sus-apresentacoes-do-painelistas/>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

HEISLINGER, R. E.; PINHO, R. R. Amil and the Health Care System in Brazil. **Harvard Business School**. 2011, p.312-341.

NEVES, E.P. Reflexões acerca dos conceitos autocuidado, e competência/poder para o autocuidado. **Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.21, n.3, p.235-241, dez. 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS define 10 prioridades de saúde para 2019. Brasil, 2019 em: <<https://nacoesunidas.org/oms-define-10-prioridades-de-saude-para-2019/>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington: OPAS, 2018.

RODRIGUES, A. T.; SILVA, K.L.; SENA, R.R. Health promotion programs within supplementary healthcare in Belo Horizonte, MG, Brazil: concepts and practices. **Interface**, Botucatu, v. 19, n.54, p.455-466, 2015.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A. T. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.1, p.193-204, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

TOSSIN, B.R.; SOUTO, V. T.; TERRA, M. G.; SIQUEIRA, D. F.; MELLO, A. L.; SILVA, A. A. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, p. 940, 2016.

UNITED HEALTH GROUP. Benefícios e serviços de saúde. Brasil, 2019 em: <<https://www.unitedhealthgroup.com/>>. Acesso em: 16 jan. 2019.